

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA

SÍNDROME PÓS-LAQUEADURA

*** Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Depto. de
Tocoginecologia da Universidade
Federal de Santa Catarina, para
obtenção do título de Médico pelo
Acadêmico.**

João Paulo Lopes Brosso*

Orientador Prof. Edison Natal Fedrizzi

Florianópolis, junho de 1994

DEDICATÓRIA

- Aos meus pais, Carlos Brosso e Santa Lopes Brosso, que nunca mediram esforços para que eu evoluísse como pessoa e profissionalmente, sendo eles responsáveis por esta conquista.

- As minhas irmãs, pelo carinho, confiança e respeito depositados no decorrer desta etapa.

- A Eliane Olinda Porto, pela dedicação, afeto, compreensão e disponibilidade em todos os momentos que se fizeram necessários.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, pela luz concedida nos momentos em que tudo parecia obscuro.

- Ao orientador desse trabalho Prof. Edison Natal Fedrizzi, pela confiança depositada, pela ajuda e estímulo em todo processo de elaboração.

- A todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram na elaboração e no desenvolvimento desse trabalho.

Obrigado.

SUMÁRIO

Resumo	5
Introdução	6
Casuística e Métodos	8
Resultados	10
Discussão	22
Conclusão	26
Abstract	28
Referências Bibliográficas	29
Anexo	31

RESUMO

A síndrome pós-laqueadura tubária é uma entidade ainda pobre em embasamento científico e literário, com poucos trabalhos escritos sobre o assunto. Subjetivamente parece existir, pois freqüentemente, nossas pacientes se queixam de alterações menstruais, sexuais, psíquicas e somáticas (principalmente dor) após este procedimento.

Visando determinar tal patologia, foram entrevistadas 193 mulheres da Grande Florianópolis no período de dezembro/1993 a junho/1994. As mesmas foram divididas em dois grupos: 104 mulheres do grupo das pacientes submetidas a laqueadura tubária (LT) e 89 do grupo controle que usavam outros métodos anticoncepcionais.

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa quanto às alterações do ciclo menstrual, dor no ciclo menstrual e ao coito e alteração sexual nas pacientes submetidas à ligadura tubária, provavelmente decorrente da diminuição do aporte sanguíneo dos ovários, confirmando a existência da polêmica e suposta síndrome pós-laqueadura tubária.

INTRODUÇÃO

A interrupção do trânsito tubário tem sido utilizada há mais de 150 anos, sendo primeiramente pesquisada por BLUNDELL. A partir de então houve uma procura incessante de uma conduta ideal para esterilização, onde a segurança, eficiência, simplicidade e baixo custo estivessem associados. Surgiram inúmeras técnicas (MADLENER, POMEROY, IRVING, ALDRIDGE, KROENER, UCHIDA, WOOD, PRITCHARD, COOKE, entre outros) (4) na tentativa de aperfeiçoar tal procedimento.

É comum as queixas clínicas de pacientes que são submetidas a ligadura tubária (LT), principalmente relacionadas às alterações menstruais, dor e disfunção sexual. Talvez a razão disso esteja na alteração da vascularização dos ovários com o procedimento cirúrgico alterando a nutrição e, por conseguinte, a função do mesmo (1). Não há dados suficientes na literatura que confirmam esta hipótese e sim, apenas evidências de alterações na circulação anexial (MATTOS E LIMA PILHO, CASTRO). Além disso, o ciclo menstrual está inserido num contexto biopsicosocial e sua manifestação transcende o evento

fisiológico para determinar padrões e característica do comportamento humano (5 e 9).

O estudo do ciclo menstrual torna-se difícil e incompleto quando se tenta encará-lo apenas como fenômeno neuro endócrito, cuidadosamente organizado (2), desconsiderando-se fatores ambientais e culturais. Basta para isso observar a complexidade do sistema hipotálamo-hipófise-ovariano.

A tensão pré-mestrua e a dismenorréia são fenômenos relacionados à ligadura tubária pelas mulheres. Sabemos que a etiologia de ambas é multifatorial e com componente biopsicosocial importante. A incompreensão de suas manifestações, bem como as limitações que elas impõem, levam a marginalização e a formação de juízos estereotipados sobre as mulheres que delas sofrem, e se há ou não relação com algum procedimento cirúrgico, ainda desconhecemos (3).

A existência ou não da síndrome pós-ligadura é um assunto ainda polêmico e controverso. É escassa a literatura que relaciona as alterações do fluxo menstrual, dor pélvica cíclica ou não e sintomas subjetivos após a realização da ligadura tubária, apesar de freqüentemente as pacientes relacionarem estas alterações com o procedimento cirúrgico. Por ser um assunto pouco estudado e porque a ligadura tubária é um método amplamente realizado em nosso meio, objetivamos realizar um trabalho que possa contribuir para uma reavaliação crítica da técnica cirúrgica empregada e avaliar se há diferença estatística na sintomatologia das pacientes em função do método anticonceptivo utilizado.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, utilizando como instrumento de coleta de dados um formulário padrão com perguntas fechadas que foi respondido por uma amostra de 193 mulheres da Grande Florianópolis no período de Dezembro/1993 à Junho/1994. Destas, 104 haviam realizado laqueadura tubária e 89 faziam uso de outro método anticoncepcional como ACO, DIU, Preservativo, Métodos Naturais, etc.

Foram obtidos diversas informações, como método anticoncepcional utilizado, faixa etária, raça, estado civil, tipo de ligadura tubária e sua indicação, antecedentes ginecológicos e paridade. As alterações do ciclo menstrual, dor, sintomas relacionados à tensão pré-menstrual e atividade sexual, foram observados com o intuito de avaliar se houve modificação ou aparecimento das mesmas, após a adoção do último método anticoncepcional pela paciente.

Utilizamos percentuais para avaliar separadamente as variáveis "Aumentou", "Diminuiu", "Apareceu", "Desapareceu", "Inalterado" e "Nunca teve", quanto a presença de dor,

atividade sexual e sintomas relacionados à tensão pré-mestrual. Para o estudo estatístico, consideramos apenas 3 variáveis, resultado da adição de outras, ou seja, "Aumentou" (aumentou + apareceu), "Diminuiu" (diminuiu + desapareceu) e "Inalterado".

A análise estatística foi realizada utilizando-se o qui-quadrado (X^2), considerando-se o nível de significância de 5% ($P < 0,05$), comparando o grupo das pacientes com ligadura tubária ($n=104$) e grupo controle, constituído por todos as demais pacientes ($n=89$).

RESULTADOS

Das 193 pacientes analisadas, 53,89% (104/193) haviam realizado ligadura tubária (LT). Das pacientes do grupo controle, o método mais utilizado para anticoncepção foi o ACO, com 39,89% (77/193). (Tabela 1)

A faixa etária média das pacientes foi de 36 anos para o grupo de (LT) e 26 anos para o grupo controle. A grande maioria das pacientes encontravam-se entre 20 e 40 anos. (Tabela 2)

A quase totalidade das pacientes eram da raça branca 97,41% (188/193) e casadas 84,98% (164/193). (Tabela 3)

A cesariana com indicação obstétrica foi o meio mais freqüente de realização da (LT) 67,32% (70/104) seguido pela minilaparatomia 10,58% (11/104) e da cesária para ligadura 8,65% (9/104). (Tabela 4)

Na tabela 5 vemos que as condições sócio-econômicas representam 41,35% (43/104) das indicações de (LT).

Não houve diferença entre os 2 grupos quanto aos antecedentes de DIP, sendo 53,85% (56/104) para o grupo de (LT)

e 43,82% (38/89) para o grupo controle como demonstra a tabela 6.

A maioria das pacientes do grupo (LT) tiveram 3 filhos 41,34% (43/104) enquanto que no grupo controle 46,07% (41/89) tiveram apenas 2 filhos. (Tabela 7)

Avaliando as características do ciclo menstrual nos 2 grupos, observou-se uma diferença bastante significativa quanto ao aumento da duração da menstruação 30,76% (21/104) para o grupo (LT) contra 13,48% (12/89) para o grupo controle, e do volume 32,69% (39/104) para o grupo da ligadura tubária e 5,61% (5/89) para o grupo controle. Não houve diferença estatística quanto ao intervalo dos ciclos em ambos os grupos. (Tabela 8)

Como pode ser visto na tabela 9, também foi significativa a diferença entre os 2 grupos quanto ao aumento ou aparecimento da dispareunia 18,27% (19/104) para o grupo da ligadura tubária e 5,62% (5/89) para o grupo controle, e da dismenorréia 28,85% (30/104) para o grupo da (LT) e 11,24% (10/89) para o grupo controle. Não houve diferença estatística quando avaliamos "Dor Pélvica" não relacionada ao coito e menstruação. (Tabela 9)

Foi estatisticamente significativo o aumento da libido no grupo (LT) 43,27% (45/104) contra 22,47% (20/89) do grupo controle. Não houve diferença estatística quanto ao orgasmo em ambos os grupos. (Tabela 10)

Analisando os sintomas relacionados à Tensão Pré-Menstrual, houve diferença estatística quanto à cefaléia, que foi maior no grupo controle 29,21% (26/89) contra 21,15%

(22/104) no grupo (LT) e aparecimento de dor abdominal no grupo (LT) 34,62% (36/104) contra 10,11% (9/89) do grupo controle. Outros sintomas como mastalgia, irritabilidade, náuseas, diarreia, depressão, edema e fogacho não houve diferença significativa entre os 2 grupos. (Tabela 11 A-B-C)

Tabela 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES CONFORME MÉTODO ANTICONCEPCIONAL EM USO

Ligadura Tubária		ACO		DIU		Outros		Não usa		Total	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
104	53,89	77	39,89	7	3,63	2	1,04	3	1,55	193	100

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

Tabela 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES CONFORME FAIXA ETÁRIA

Faixa etária	Ligadura Tubária		Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 a 20	0	0,00	2	2,25	2	1,04
21 a 25	1	0,96	15	16,85	16	8,29
26 a 30	14	13,46	32	35,96	46	23,84
31 a 35	29	27,88	22	24,72	51	26,42
36 a 40	33	31,73	14	15,73	47	24,35
41 a 45	17	16,35	0	0,00	17	8,81
46 a 50	10	9,62	4	4,49	14	7,25
TOTAL	104	100,00	89	100,00	193	100,00

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

Tabela 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES CONFORME RAÇA E ESTADO CIVIL

	Ligadura Tubária		Controle		Total	
Raça:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Branca	101	97,12	87	97,75	188	97,41
Negra	3	2,88	2	2,25	5	2,59
Total	104	100,00	89	100,00	193	100,00
Estado Civil	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solteira	3	2,88	7	7,87	10	5,18
Casada	90	86,55	74	83,15	164	84,98
Amasiada	5	4,80	4	4,49	9	4,66
Viúva	4	3,85	1	1,12	5	2,59
Separada	2	1,92	3	3,37	5	2,59
Total	104	100,00	89	100,00	193	100,00

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

Tabela 4 - TIPO DE LIGADURA TUBÁRIA

	Nº	%
Laparotomia	8	7,69
Minilaparotomia	11	10,58
Cesárea com indicação obstétrica	70	67,32
Cesárea para ligadura tubária	9	8,65
Periumbilical	3	2,88
Laparoscopia	1	0,96
Outros	2	1,92
Total	104	100,00

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

Tabela 5 - INDICAÇÃO PARA LIGADURA TUBÁRIA

INDICAÇÃO	Nº	%
Condições sócio-econômicas	43	41,35
Número de filhos	33	31,73
Impossibilidade de outros métodos	16	15,38
Outros	12	11,54
Total	104	100,00

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

Tabela 6 - ANTECEDENTE GINECOLÓGICO DE DIP

DIP	Ligadura Tubária		Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tratamento ambulatorial	49	47,12	36	40,45	85	44,04
Tratamento Hosp. Cirúrgico	6	5,77	0	0,00	6	3,11
Tratamento Hosp. Clínico	1	0,96	3	3,37	4	2,07
Total	56	53,85	39	43,82	95	49,22

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

Tabela 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES CONFORME PARIDADE

PARIDADE	Ligadura Tubária		Controle		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma	1	0,96	10	11,24	11	5,70
Uma	2	1,93	22	24,72	24	12,44
Duas	30	28,84	41	46,07	71	36,79
Três	43	41,34	7	7,86	50	25,91
Quatro	15	14,43	8	8,99	23	11,91
Cinco	13	12,50	1	1,12	14	7,25
Total	104	100,00	89	100,00	193	100,00

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

Tabela 8 - CARACTERÍSTICAS DO CICLO MENSTRUAL EM RELAÇÃO AO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

	Ligadura Tubária		Controle		Estudo Estatístico
<u>Duração:</u>	Nº	%	Nº	%	X ²
Aumentou	32	30,76	12	13,48	0,00007
Diminuiu	13	12,50	33	37,08	
Inalterado	59	56,74	44	49,44	
Total	104	100,00	89	100,00	
<u>Intervalo:</u>	Nº	%	Nº	%	X ²
Aumentou	10	9,61	6	6,74	0,04704
Diminuiu	4	3,84	12	13,48	
Inalterado	90	86,55	71	79,78	
Total	104	100,00	89	100,00	
<u>Volume:</u>	Nº	%	Nº	%	X ²
Aumentou	34	32,69	5	5,61	0,00000
Diminuiu	1	0,96	22	24,72	
Intervalo	69	66,35	62	69,67	
Total	104	100,00	89	100,00	

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

Tabela 9 - DOR EM RELAÇÃO AO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

	Ligadura Tubária		Controle		Estudo Estatístico
<u>Dispareunia:</u>	Nº	%	Nº	%	X²
Aumentou	0	0,00	0	0,00	0,00156
Apareceu	19	18,27	5	5,62	
Inalterado	18	17,31	28	31,46	
Diminuiu	4	3,84	3	3,37	
Desapareceu	8	7,69	1	1,12	
Nunca teve	55	52,89	52	58,43	
Total	104	100,00	89	100,00	
<u>Dor pélvica:</u>	Nº	%	Nº	%	X²
Aumentou	4	3,84	5	5,62	0,17425
Apareceu	25	24,03	8	8,99	
Inalterado	19	18,27	20	22,47	
Diminuiu	3	2,88	0	0,00	
Desapareceu	5	4,80	5	5,62	
Nunca teve	48	46,18	51	57,30	
Total	104	100,00	89	100,00	
<u>Dismenorréia:</u>	Nº	%	Nº	%	X²
Aumentou	11	10,57	1	1,12	0,00357
Apareceu	19	18,26	9	10,11	
Inalterado	19	18,26	28	31,46	
Diminuiu	12	11,53	3	3,38	
Desapareceu	8	7,69	8	8,99	
Nunca teve	35	33,69	40	44,94	
Total	104	100,00	89	100,00	

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

Tabela 10 - ATIVIDADE SEXUAL EM RELAÇÃO AO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

	Ligadura Tubária		Controle		Estudo Estatístico
<u>Libido:</u>	Nº	%	Nº	%	X²
Aumentou	25	24,03	10	11,23	0,01118
Apareceu	20	19,25	10	11,23	
Inalterado	42	40,38	51	57,32	
Diminuiu	14	13,46	14	15,73	
Desapareceu	3	2,88	1	1,12	
Nunca teve	0	0,00	3	3,37	
Total	104	100,00	89	100,00	
<u>Orgasmo:</u>	Nº	%	Nº	%	X²
Aumentou	20	19,25	13	14,60	0,12291
Apareceu	22	21,15	10	11,23	
Inalterado	52	50,00	55	61,82	
Diminuiu	6	5,76	8	8,98	
Desapareceu	4	3,84	0	0,00	
Nunca teve	0	0,00	3	3,37	
Total	104	100,00	89	100,00	

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

Tabela 11 A - TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL EM RELAÇÃO AO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

	Ligadura Tubária		Controle		Estudo Estatístico
<u>Mastalgia:</u>	Nº	%	Nº	%	X ²
Aumentou	3	2,88	3	3,37	0,43559
Apareceu	22	21,15	8	8,98	
Inalterado	26	25,00	19	21,34	
Diminuiu	1	0,96	1	2,24	
Desapareceu	11	10,57	8	8,98	
Nunca teve	41	39,45	49	55,09	
Total	104	100,00	89	100,00	
<u>Cefaléia:</u>	Nº	%	Nº	%	X ²
Aumentou	4	3,84	15	16,85	0,01352
Apareceu	18	17,30	11	12,35	
Inalterado	26	25,00	18	20,22	
Diminuiu	5	4,80	0	0,00	
Desapareceu	9	8,68	2	2,24	
Nunca teve	42	40,38	43	48,34	
Total	104	100,00	89	100,00	
<u>Irritabilidade:</u>	Nº	%	Nº	%	X ²
Aumentou	18	17,30	5	5,61	0,52680
Apareceu	17	16,34	24	26,96	
Inalterado	34	32,73	19	21,34	
Diminuiu	5	4,80	3	3,37	
Desapareceu	6	5,76	3	3,37	
Nunca teve	24	23,07	35	39,35	
Total	104	100,00	89	100,00	

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

Tabela 11 B - TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL EM RELAÇÃO AO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

	Ligadura Tubária		Controle		Estudo Estatístico
<u>Dor Abdominal</u>	Nº	%	Nº	%	X ²
Aumentou	6	5,76	3	3,37	0,00108
Apareceu	30	28,84	6	6,74	
Inalterado	16	15,38	23	25,84	
Diminuiu	8	7,69	5	5,61	
Desapareceu	8	7,69	8	8,98	
Nunca teve	36	34,64	44	49,46	
Total	104	100,00	89	100,00	
<u>Náusea:</u>	Nº	%	Nº	%	X ²
Aumentou	0	0,00	0	0,00	0,42355
Apareceu	8	7,69	4	4,49	
Inalterado	9	8,65	2	2,24	
Diminuiu	1	0,96	3	3,37	
Desapareceu	7	6,73	3	3,37	
Nunca teve	79	75,97	77	86,53	
Total	104	100,00	89	100,00	
<u>Diarréia:</u>	Nº	%	Nº	%	X ²
Aumentou	0	0,00	2	2,24	0,53451
Apareceu	1	0,96	0	0,00	
Inalterado	3	2,88	1	1,12	
Diminuiu	0	0,00	0	0,00	
Desapareceu	2	1,92	2	2,24	
Nunca teve	98	94,24	84	94,38	
Total	104	100,00	89	100,00	

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

Tabela 11 C - TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL EM RELAÇÃO AO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

	Ligadura Tubária		Controle		Estudo Estatístico
<u>Depressão:</u>	Nº	%	Nº	%	X ²
Aumentou	6	5,76	0	0,00	0,32841
Apareceu	23	22,11	13	14,60	
Inalterado	21	20,19	5	5,61	
Diminuiu	6	5,76	3	3,37	
Desapareceu	1	0,96	2	2,26	
Nunca teve	47	45,22	66	74,15	
Total	104	100,00	89	100,00	
<u>Edema:</u>	Nº	%	Nº	%	X ²
Aumentou	3	2,88	6	6,74	0,07938
Apareceu	15	14,42	10	11,23	
Inalterado	24	23,07	10	11,23	
Diminuiu	0	0,00	5	5,61	
Desapareceu	2	1,92	0	0,00	
Nunca teve	60	57,71	58	65,19	
Total	104	100,00	89	100,00	
<u>Fogacho:</u>	Nº	%	Nº	%	X ²
Aumentou	1	0,96	3	3,37	0,25209
Apareceu	16	15,38	21	23,59	
Inalterado	9	8,65	9	10,11	
Diminuiu	2	1,92	0	0,00	
Desapareceu	2	1,92	1	1,12	
Nunca teve	74	71,17	55	61,80	
Total	104	100,00	89	100,00	

Fontes: Hospital Universitário, Hospital Florianópolis, Hospital Regional São José,
nov/93 - jun/94

DISCUSSÃO

A ligadura tubária é um método anticoncepcional freqüentemente realizado em todo mundo. Entre nós e principalmente nos últimos 10 anos, a anticoncepção cirúrgica teve notável ascensão, proporcionando uma série de atividades no afã de proporcionar maiores coberturas a nível de uma população carente, caracterizada como de risco reprodutivo (4). Mais de 10 milhões de mulheres americanas foram submetidas a este procedimento (11). Poucos trabalhos tem avaliado alterações na função menstrual, dor ou outros sintomas associados.

O "The Collaborative Review of Sterilization" (CREST), é um grande estudo prospectivo multicêntrico da ligadura tubária (LT) nos E.U.A. Os autores analisaram as mudanças em 6 ciclos menstruais 1 e 5 anos após o procedimento cirúrgico. No primeiro ano, 27% das participantes do Estudo relataram importante dor menstrual; 41% fluxo abundante e 7% Spotting. Após 5 anos, os resultados foram semelhantes com percentuais de 35%, 49% e 10% respectivamente (11).

Martinez-Schnell e Cols analisaram a função menstrual após esterilização em 5.000 mulheres. Observaram um aumento das alterações menstruais após 5 anos da ligadura, estatisticamente significativa (6).

Shy e Cols estudaram 7.253 mulheres com laqueadura tubária (LT) e compararam com mulheres não esterilizadas e observaram um risco de hospitalização por desordem menstrual 2,4 vezes maior após a ligadura tubária (LT). O risco foi maior, de 6,1 vezes nas pacientes mais jovens, de 20-24 anos (10).

Em nosso estudo tivemos uma diferença significativa quanto ao aumento da duração da menstruação e do volume, comparado com o grupo controle (tabela 8). O mesmo aconteceu com o aumento da dismenorréia (tabela 9).

Outros trabalhos já não mostraram estas alterações. Ruline e Cols avaliando 500 mulheres submetidas a LT e acompanhadas sistematicamente até 5 anos do procedimento não observaram diferenças entre as mulheres esterilizadas com o grupo controle em relação ao ciclo menstrual, spotting, prolongamento e aumento do fluxo, dismenorréia e dor fora do ciclo (8). Lethbridge em 1992 realizou uma revisão de literatura sobre a síndrome pós-ligadura tubária, embora os estudos sejam escassos, eles sugerem que a maioria das mulheres submetidas ao procedimento não experimentam mudanças no padrão menstrual.

Muitas mulheres relatam uma relação entre a LT e tensão pré-mestrua (TPM), mas estes dados não são confirmados em recentes estudos. Rojanky e Halbreich compararam a

severidade dos sintomas e sua possível correlação com níveis hormonais, em 78 mulheres esterilizadas e não esterilizadas com TPM confirmada. Uma diferença significativa não pode ser demonstrada entre os grupos, tanto de forma retrospectiva como prospectiva, bem como com o nível de hormônios luteinizantes, confirmando nosso estudo, que os sintomas pré-menstruais provavelmente não estão associados a cirurgia de esterilização (Tabela 11).

Segundo Halbe e Cols a hipermenorréia é sempre mais significativa e mais comumente relatada, quando o ato cirúrgico é executado durante a operação de cesariana e minilaparotomia pós-parto, ocasião em que os vasos do mesossalpinge e mesovário encontram-se engurgitados e conseqüentemente facilmente lesáveis (4). A maioria das pacientes do nosso estudo realizou a LT por ocasião da gravidez 78,85% (82/104), através da cesária ou ligadura periumbilical.

É possível que as alterações clínicas relacionadas a LT sejam em conseqüência da lesão vascular tubo-ovariana. As tubas são irrigadas por segmentos vasculares provenientes da artéria ovariana (Ramo da Aorta) e da artéria uterina (Ramo da Hipogástrica). Os ramos terminais das referidas artérias formam ao longo das trompas, arcos arteriais, dos quais partem as artérias que vão se distribuir sobre as tubas. Todas estas de caráter terminal, possuem cada uma um território definido de irrigação, fato que não pode passar despercebido quando das cirurgias tubárias. Partindo do princípio que a região terminal das artérias ovariana e uterina é aquela correspondente ao mesovário e mesossalpinge, é aí que se encontram as variações

de comportamento desses vasos, no que diz respeito não somente aos seus ramos, como, e principalmente, aos seus territórios de distribuição. É necessário o conhecimento desses tipos de distribuição arterial, a fim de que se possa evitar possíveis problemas quando das cirurgias conservadoras dos órgãos pélvicos ou na simples LT. É interessante observar que 1/3 dos casos, o arranjo arterial de um dos lados é diferente da disposição vascular do lado oposto. Baseados nessas observações e que essa anastomose tem um papel importante na repercussão sobre o conjunto glandular feminino, principalmente quando se verifica no ato de quem realiza uma laqueadura, completa despreocupação com a integridade do Sistema Vascular Tubo-Ovariano.

É possível que se possa obter melhores respostas menstruais, usando-se técnicas menos agressivas ao sistema vascular, tais como a técnica de ALDRIDGE (sepultamento do pavilhão tubário), a operação de IRVING (inserção do coto tubário proximal no túnel uterino) e a técnica de UCHIDA, onde a tuba é tracionada e seccionada, após prévia abertura do peritônio que a envolve.

CONCLUSÃO

1 - A cesária com indicação obstétrica foi responsável por 67% das LT.

2 - A maioria das pacientes (41%) realizaram a LT alegando condições sócio-econômicas desfavoráveis.

3 - O antecedente de DIP (causa de dor pélvica crônica) não foi diferente em ambos os grupos.

4 - Houve diferença bastante significativa quanto ao aumento da duração e do volume menstrual nas pacientes do grupo LT.

5 - Também foi significativamente diferente o aumento ou aparecimento da dispareunia e dismenorréia nas pacientes do grupo de ligadura tubária.

6 - Houve aumento significativo da libido nas

pacientes do grupo LT, o mesmo não ocorrendo com o orgasmo que foi semelhantes nos dois grupos.

7 - O aparecimento de dor abdominal foi significativamente maior no grupo LT.

8 - Avaliando estes dados anteriores podemos concluir, através deste estudo, que a síndrome pós LT existe e se manifesta com alterações no ciclo menstrual (aumento da duração e volume menstrual), dor (dispareunia, dismenorréia e dor abdominal) e aumento da libido.

ABSTRACT

In the specialized literature the Post-tubal sterilization syndrome is poorly analysed with few works. Apparently could exist some evidence of this syndrome, because, your patients have been complains about menstrual alterations, sexual alterations and psico and somatic modifications after this cirurgical procedure.

In order to determine this pathology we have been performed queries in 193 women in Florianópolis during the period of December/93 until June/94.

The women was divided in two groups: 104 women submitted to the tubal sterilization (Experimental group), and 89 women submitted to others anticonceptual methods (control group).

We found an association between the women at experimental group and the increase of pain in the "coition" sexual and menstrual alterations, who was statistically significant. These relation could be caused by the difficient blood vascularization in the ovary, if so, this could confirm the existence of the "post-tubal sterilization syndrome".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, Luiz Angelo de. Síndrome pós laqueadura existe? Femina, v. 5, n.1, p. 406-409, mai. 1985.
2. CARVILLO, José Gorozpe, LUNA, Antonio Garcia, et al. Morbilidad de la obstrucción tubaria bilateral, via laparoscopia. Ginecologia y Obstetricia de Mexico, México, v. 59, p. 57-260, ago. 1991.
3. COPEN, Alec, KESSEL, Neil. Menstruation and personality. The British Journal of Psychiatry, v. 109, n. 463, p. 711-21, nov. 1963.
4. HALBE, H.W. Laqueadura tubária. Tratado de ginecologia. São Paulo-SP: Roca, v. 1, p. 509-519.
5. JOHNSTON, F.E. Control of age at menarche. Human Biology, 46, p. 159-171, 1974.
6. MARTINEZ-SCHNELL, B. et al. Evaluating the effects of tubal sterilization on menstrual function: selected issues in data analysis. Stat med. v. 3-4, n. 12,, p. 355-63, feb. 1993.

7. ROJANSKY, N., HALBREICH, U. Prevalence and severity of premenstrual changes after tubal sterilization. I reprod med. v. 8, n. 36, p. 551-5, aug. 1991.
8. RULIN, Mc, et. al. Long-term effect of-tubal sterilization on menstrual indices and pelvic pain. Obstet gynecol, v. 1, n. 82, p. 118-21, jul. 1993.
9. SEDENHO, N. & FREITAS, J.A.S. Fatores que influenciam a ocorrência da menarca. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 94:303-308, 1984.
10. SHY, K.K. STERGACHIS, A. et al. Tubal sterilization and risk of subsequent hospital admission for menstrual disorders. Am j abstet ginecol. v. 6, n. 166, p. 1698-1706, jun. 1992.
11. WILCOX, L.S., MARTINEZ-SCHNELL, B. et al. Menstrual function after tubal sterilization. Am j epidemol. v. 12, n. 135, p. 1368-81, jun. 1992.

A N E X O

FONTES CONSULTADAS

1. ANDERSCH, Björn, MILSON, Ian. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. American Journal of Obstetrics and Gynecologic, v. 15, p. 655-660, nov. 1982.
2. BRELJE, Mabel. Síndrome pré-menstrual. In: FREDERICKSON, Helen L., WILKINS-HAUG, Loïuse. Segredos em ginecologia e obstetrícia: respostas para o dia-a-dia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 385 p., p. 72-74 (Tradução de Célia Beatriz Fischmann).
3. CHAN, May Y.M., LOONG, E.P.L. Delayed recurrent ectopic pregnancies subsequent to puerperal sterilization. Gynecology and Obstetric Investigation, Hong Kong Shtin, v. 31, n. 1, p. 54-55, jan. 1991.
4. CHI, I.C., WILKENS, L.R., GATES, D., et al. Tubal ligation at cesarean delivery infive Asian Centers: a comparison with tubal ligation soon after vaginal delivery. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 30, p. 257-265, 1989.
5. COHEN, Louis N., SIMÕES, Paschoel Martini. Tensão pré-menstrual. Femina, v. 16, n. 1, p. 69-72, jan. 1988.
6. CUNHA, Donaldo Cercida. Perturbações menstruais conceitos. Femina, v. 16, n. 1, p. 44-51, jan. 1988.

7. DIX, Corinne. Dor pélvica aguda e crônica. In: FREDERICKSON, Helen L., WILKINS-HAUG, Loïuse. Segredos em ginecologia e obstetrícia: respostas para o dia-a-dia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 385 p., p. 74-81 (Tradução de Célia Beatriz Fischmann).

8. ESCOBEDO, Luis G., MD, PETERSON, Herbert B., et al. Case-fatality rates for tubal sterilization in U.S. hospitals, 1979 to 1980. American Journal of Obstetrics and Gynecologic, v. 160, n. 1, p. 147-150, jan. 1989.

9. FERNANDES, Bárbara A. LOPES, M.A. A faixa de normalidade e alguns fatores relacionados ao ciclo menstrual das mulheres da ilha de Santa Catarina, Florianópolis: UFSC, 1993. (Trabalho de conclusão de curso).

10. FREITAS, Fernando, et al. Síndrome da tensão pré-menstrual. In: FREITAS, Fernando, MENKE, Carlos H., RIVOIRE, Waldemar. Rotinas em ginecologia. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 428 p., p. 106-109.

11. FULLER, Willian E. Anticoncepção. In: FREDERICKSON, Helen L., WILKINS-HAUG, Loïuse. Segredos em ginecologia e obstetrícia: respostas para o dia-a-dia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 385 p., p. 66-72 (Tradução de Célia Beatriz Fischmann).

12. GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 2. ed., São Paulo: Atlas, 1987, 166p.

13. GREEN, Mary M., VICARIO, Salvatore J., et. al. Acute pelvic inflammatory disease after surgical sterilization. Annals of emergency medicine.v. 20, n. 4, p. 344-347, abr. 1991.

14. HALBE, H & CUNHA, D.C. Perturbações menstruais. Femina, v.16, n.1, p. 44-51, jan. 1988.

15. ----- . Fisiologia menstrual, controle neuroendócrino. Ginecologia Endócrina 1, São Paulo, 1981, cap. 1, p. 1-42.

16. LETHBRIDGE, D.J. Post-tubal sterilization syndrome. Image j nurs sch. v. 24, n. 1, p. 15-8, spring, 1992.

17. OPPENHEIM, Elliot B. A sterilized woman who did not feel right. Hospital Practice, v. 27, n. 2, p. 55-56, fev. 1992.

18. PESSINI, Suzana Arenhart, FREITAS, Fernando. Endometriose. In: FREITAS, Fernando, MENKE, Carlos H., RIVOIRE, Waldemar. Rotinas em ginecologia. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 428 p., p. 372-386.

19. ROCHA, Maria Lúcia da . Dor pélvica crônica. In: FREITAS, Fernando, MENKE, Carlos H., RIVOIRE, Waldemar. Rotinas em ginecologia. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 428 p., p. 362-372.

20. SHAH, J.P., PARUKELAR S.V..HINDUIA Indiran. Ectopic pregnancy after tubal sterilization. Journal of Postgraduate Medicine, v. 37, n. 1, p. 17-20, 1991.

21. STOLL, Stephen L. Dismenorréia. In: FREDERICKSON, Helen L., WILKINS-HAUG, Louise. Segredos em ginecologia e obstetrícia: respostas para o dia-a-dia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 385 p., p. 72-74 (Tradução de Célia Beatriz Fischmann).

22. SUNOELL, Gunilla, MILSOM Ian, ANDERSC, Björn. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhea in young women. British Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 99, n. 7, p. 588-594, jul. 1990.

23. TOGNOTTI, E., JUNIOR FRANCO, J.G. et al. Desenvolvimento e maturação folicular normal. Femina, v. 16, n. 1, p. 38-41, jan. 1988.

24. YLIKORKALAA, Olavi, DAWOOD, M. Yusoff. New concepts in dysmenorrhea. American Journal of Obstetrics and Gynecology, New York, v. 130, n. 7, p. 833-847, apr.1978.

TCC
UFSC
TO
0002

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0002

Autor: Brosso, João Paulo

Título: Síndrome pós-laqueadura..



972812134

Ac. 254148

Ex.1 UFSC BSCCSM